

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1896, à 1 heure.

Par GABRIEL ROBET

Né à Mars-sur-Allier (Nièvre) le 29 juillet 1870

LES RASH PRÉÉRUPTIFS
DE LA ROUGEOLE

Président : M. GRANCHER, professeur.

*Juges : MM. DEBOVE, professeur.
LETULLE, CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

410

Présentée et soutenue le jeudi 9 juillet 1896, à 1 heure.

Par GABRIEL ROBET

Né à Mars-sur-Allier (Nièvre) le 29 juillet 1870

LES RASH PRÉÉRUPTIFS
DE LA ROUGEOLE

Président : M. GRANCHER, professeur.

*Juges : MM. { DEBOVE, professeur.
LETULLE, CHARRIN, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMER DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire

M. PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÈNEPIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAK	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTIERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GRANCHER

Professeur de clinique infantile
Médecin à l'Hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

LES RASH PRÉÉRUPTIFS

DE LA ROUGEOLE

I

Depuis longtemps on a vu apparaître, au cours des intoxications et de certaines maladies infectieuses, des éruptions cutanées ; et les théories n'ont pas manqué pour les expliquer. On a dit des éruptions d'origine toxique, qu'elles étaient provoquées par l'irritation glandulaire, par l'angio-neurose, par l'irritation stomacale (Potain), par des modifications du sang (Behrend, Grancher). Quant aux éruptions d'origine infectieuse, on en a fait un symptôme de la maladie même ; car, si dans une infection, les différents viscères sont atteints par le poison microbien, il est naturel

d'admettre que la peau soit également touchée avec les autres parties de l'organisme, et réagisse à sa manière. On a voulu enfin y voir les signes d'une infection secondaire.

Quoi qu'il en soit des raisons données pour expliquer la nature de ces érythèmes, ce que nous constatons tout d'abord, c'est leur grande fréquence. Il n'est pas rare, en effet, de les observer chez les adultes ; mais ils sont bien plus fréquents encore chez les enfants, peut-être, parce que, dans le jeune âge, la peau est plus sensible, plus irritable, et présente une circulation plus active.

Aussi, pendant cette dernière année passée à l'hôpital des Enfants-Malades, avons-nous eu maintes fois l'occasion de constater ces différentes éruptions ; et parmi elles, nous avons pu en remarquer une, jusque-là signalée par quelques auteurs seulement, et que nous appellerons « le rash prééruptif de la rougeole ».

Nous nous expliquerons plus loin sur le sens que nous entendons donner au mot « rash » ; puis après un examen rapide des rash en général, nous étudierons les rash de la rougeole, nous chercherons à les expliquer ; enfin nous examinerons leur importance au point de vue du diagnostic de la rougeole, du pronostic et du traitement.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir rendre aujourd'hui un faible hommage de reconnaissance à nos maîtres dans les hôpitaux.

Nous adressons un respectueux hommage à la mémoire du D^r Horteloup.

Nous remercions M. Potherat, qui a bien voulu nous initier à la pratique des voies urinaires.

Nous remercions M. Labbé, chez qui nous avons passé une année, pendant laquelle M. Michaux, dont nous n'oublierons jamais l'extrême bienveillance, nous a appris la pratique de la chirurgie antiseptique et de la gynécologie.

Que M. le D^r Gombault soit assuré de notre vive gratitude, pour la sollicitude qu'il nous a toujours témoignée pendant l'année passée dans son service.

Que MM. Debove, Bar, Pinard, Charrin, Lermoyez Lebreton, Routier, Marfan, dont l'accueil a été si bienveillant, et les leçons si profitables, veuillent bien accepter nos plus sincères remerciements.

Notre ami, M. le D^r Renault, chef de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades, nous a inspiré le sujet de cette thèse; il nous a toujours aidé de ses conseils pendant toute la durée de nos études médicales; aussi, le remercions-nous de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

Que M. le professeur Grancher, qui non seulement nous a permis de recueillir nos observations dans son service, mais nous a fait encore l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer ici l'expression de notre vive gratitude.

II

Du mot italien « rachiare », qui signifie, gratter; les Français avaient fait le mot « rache », qui voulait dire, éruption de la tête, et plus particulièrement la teigne; les Anglais en avaient tiré le mot « rash » et désignaient par là toute éruption ou efflorescence cutanée « on eruption or efflorescence of the bode »; c'est à eux que nous l'avons emprunté.

Mais de ce mot, qui, pour les Anglais, n'avait de valeur, que par les adjectifs qu'ils lui ajoutaient, « variolus rash, red rash, mulberry rash », nous avons fait un mot au sens précis, qui ne sert à désigner qu'un épiphénomène survenant dès le début de certaines maladies éruptives.

« Si quelques médecins français, dit M. Legroux, avaient compris le mot anglais dans toute son exactitude, il n'eût pas plus trouvé place dans ce dictionnaire que le mot, éruption, qui comprendrait une grande partie de la pathologie cutanée ».

Ce furent Dezoteux et Valentin, qui introduisirent ce mot en France ; ils en firent un nom propre, et l'attribuèrent à l'éruption rosacée de la variole inoculée, signalée par Dimsdale, Morton, Bateman. Puis peu à peu on étendit le sens de ce nom, et on l'appliqua aux éruptions de la fièvre puerpérale, de la fièvre typhoïde, de la roséole, de l'urticaire, des intoxications médicamenteuses et alimentaires.

Abandonné pendant quelque temps, le mot « rash », fut introduit de nouveau par Delpech dans une leçon faite à l'Hôtel-Dieu en 1862.

La même année dans une thèse intitulée : « *Les rash ou exanthèmes scarlatiniiformes confondus avec la scarlatine* », Alméras en fait une entité morbide distincte, indépendante.

Enfin de nouveau, le rash redevient un peu plus tard symptôme de la variole ; et désormais, ce mot à qui on avait enlevé son sens originel, devient un néologisme pour désigner une éruption particulière.

Legroux définit le rash « une éruption épiphénoménale propre à la variole susceptible de se présenter sous différents aspects et paraissant le plus souvent pendant les prodromes de la maladie et avant l'éruption caractéristique à l'infection variolique. »

Tout en suivant Legroux, nous étendons le sens du mot rash, et nous en faisons une éruption épiphénoménale propre aux maladies éruptives.

C'est ainsi qu'il a été observé dans la variole, la varicelle, la vaccine, sous forme de rash scarlatini-forme, morbilliforme, érysipélateux, ortié, hémorrhagique. Il a presque toujours été remarqué à la période d'invasion ; quelquefois cependant il évolue en même temps que l'exanthème propre à chacune de ces affections. Nous démontrerons qu'il existe dans la rougeole ; peut-être existe-t-il aussi dans la scarlatine, bien que le peu de durée de l'invasion dans cette dernière maladie en rende la recherche bien difficile.

Tel est le sens que nous attribuons au mot rash. Nous ferons maintenant une description rapide de ses différentes variétés, qui ne sont dues qu'au plus ou moins d'intensité de l'agent toxique, à la résistance individuelle, à la constitution médicale. Le rash débute en effet, par une hyperhémie cutanée, hyperhémie localisée exactement en certains points, ou généralement diffuse. A un degré plus élevé, en certains points de cette rougeur caractéristique, si la congestion est plus intense, les capillaires plus dilatés, on observe de petites suffusions sanguines, quelquefois un peu d'exsudat inflammatoire ; on remarque encore dans certains cas, que les papilles nerveuses sont plus particulièrement touchées. Enfin à un degré plus élevé encore, les capillaires peuvent se rompre par endroits, et on observe de véritables hémorrhagies.

D'après ce qui précède, on distingue donc des

rash hyperhémiques et des rash hémorrhagiques ou purpuriques.

Parmi les premiers nous noterons :

Les rash morbilliformes ;

Les rash scarlatiniformes ;

Les rash érysipélateux ;

Les rash ortiés.

Nous étudierons les seconds sous le nom de rash hémorrhagiques.

1° *Rash morbilliforme.*

Le rash morbilliforme se présente sous l'aspect de petites taches larges comme une lentille, présentant quelquefois la forme d'un croissant, pouvant s'unir entre elles, mais toujours séparées par des intervalles de peau saine. Ces petites taches, parfois saillantes et rudes au toucher ont une couleur rosée, qui disparaît par la pression ; puis, la teinte pâlit progressivement et s'efface complètement au bout de 24 ou 48 heures sans desquamation consécutive. Ces éruptions siègent principalement du côté de l'extension des articulations, aux genoux, aux poignets, aux avant-bras, sur la poitrine, sur le dos.

Rash scarlatiniforme.

Le rash scarlatiniforme se manifeste sous l'aspect de plaques rouges parsemées de petits points plus foncés, parfois ecchymotiques. Ces plaques rugueuses au toucher disparaissent presque entièrement par la pression, se localisent surtout aux plis de flexion des articulations, par exemple, le pli de l'aîne, l'aisselle ; parfois elles envahissent la région lombaire et la partie supérieure de la poitrine ; et certains auteurs ont même décrit un triangle brachial et un triangle crural en rapport avec l'innervation de ces régions.

Ce rash scarlatiniforme n'est pas toujours aussi bien localisé ; il peut s'étendre aux cuisses, à l'abdomen, la poitrine, le dos, si bien que le malade ressemble à une écrevisse cuite (rash astacoïde). Enfin cette rougeur pâlit peu à peu, et au bout de 48 heures, il ne reste plus que le semis de petits points foncés, qui disparaissent aussi rapidement. Cette éruption s'accompagne de chaleur et de démangeaisons.

Rash ortié.

On donne le nom de rash ortié, à une éruption de couleur rosée diffuse, au milieu de laquelle

existent des élevures, des saillies rosées ou rouges également, mais le plus souvent blanches, limitées dans ce dernier cas par un contour rosé.

Ces saillies peuvent varier comme dimensions, et n'offrent aucune localisation particulière, elles s'accompagnent de chaleur, de cuisson, et disparaissent rapidement : bref, à première vue, on pourrait croire que le malade a été flagellé avec des orties.

Rash érysipélateux.

Cette éruption est une des plus rares ; elle siège à la face, et ne doit son nom qu'à son analogie apparente avec l'érysipèle de la face. Il y a pourtant quelques différences entre ces deux affections ; c'est ainsi que le rash érysipélateux est diffus, occupe généralement toute la face, y compris le menton, et n'est pas limité par un bourrelet saillant, tandis que l'érysipèle, toujours bien limité, ne comprend jamais le menton et présente enfin le bourrelet pathognomonique. Enfin le rash érysipélateux n'a pas une durée aussi grande que l'érysipèle ; il persiste quelques heures seulement.

Rash hémorrhagique.

Enfin nous arrivons à une éruption qui se présente quelquefois aussi : c'est le rash hémorrha-

gique. Il se caractérise par des suffusions sanguines, larges comme la tête d'une épingle, comme une lentille, pouvant même atteindre de plus grandes dimensions, et qui ne disparaissent pas par la pression. Ces petites ecchymoses sont quelquefois accompagnées d'érythème. Peu à peu, en quelques heures l'éruption pâlit; à la teinte rouge succède une couleur jaune, puis enfin le rash disparaît totalement en l'espace de quatre ou cinq jours.

Le siège de cette éruption est le même que celui du purpura, c'est-à-dire la face antérieure des jambes et des bras, le dos.

Ce rash a donc l'aspect purpuroïde, mais il arrive que les hémorrhagies prennent de bien plus grandes dimensions; elles peuvent même compliquer le rash scarlatiniforme et prennent un aspect noirâtre; dans ces cas seulement l'évolution est un peu plus longue.

Tels sont les principaux rash et leurs signes physiques. C'est à dessein que nous passons sur les symptômes généraux, ce serait faire la symptomatologie de l'affection qui les présente.

Nous ne devons pas oublier que le mot « rash » n'est qu'un terme destiné à nous faciliter la description d'un phénomène observé dans les maladies éruptives et que les différentes éruptions décrites ne sont pas spéciales à ces maladies. D'autres affections peuvent s'accompagner de pareilles éruptions, et parmi elles nous citerons la diphtérie, la fièvre typhoïde, le choléra, la septicémie,

l'infection puerpérale, la blennorrhagie, le rhumatisme, les intoxications par la quinine, l'acide phénique, le copahu, le cubèbe, la térébenthine, le santal, l'antipyrine, le chloral, la belladone, l'opium, la santonine, l'iode, le brome, l'arsenic, le mercure ; les intoxications alimentaires.

Mais nous devons dire que dans les maladies infectieuses précédentes, les rash ne se manifestent pas à la même période que dans les fièvres éruptives ; s'ils présentent en effet les mêmes caractères morphologiques, nous devons ajouter pourtant qu'ils s'accompagnent souvent de phénomènes généraux graves, fièvre, albuminurie, que leur durée est un peu plus longue en général, et enfin qu'ils n'apparaissent que vers le déclin de la maladie ou à la convalescence. Quant aux éruptions d'origine médicamenteuse ou alimentaire, nous ferons à peu près les mêmes remarques, avec cette exception, qu'ils sont dépourvus de gravité.

Ajoutons encore qu'il existe d'autres éruptions, mais nous n'avons pas à nous en occuper.

Nous dirons seulement que ces éruptions, quelle que soit la maladie qui les présente, infection ou intoxication, sont toujours liées à des troubles de l'innervation vaso-motrice. Si la dilatation des capillaires comprend toute une zone cutanée, elle donne naissance au rash scarlatiniforme ; la dilatation des capillaires dans certains points de leur longueur, produit le rash morbilliforme ; leur rupture le rash hémorrhagique ; enfin si les papilles

nerveuses sont également touchées, les fibres lisses de la peau entrent en contraction, et produisent ces saillies caractéristiques du rash ortié.

Au point de vue du pronostic les rash n'ont pas une bien grande valeur, exception faite toutefois pour le rash hémorrhagique, qui, dans quelques cas, indique un état grave.

Toute autre est l'importance du rash au point de vue du diagnostic ; si nous prenons la variole au deuxième jour de la période d'invasion, le médecin, en présence de la céphalalgie, de la rachialgie et des vomissements, pense également à la variole et à la pneumonie ; l'apparition d'un rash vient dissiper ses doutes : il diagnostique une variole. Les taches rosées de la fièvre typhoïde ont leur importance dans le diagnostic entre cette affection et la méningite. Et nous pourrions encore citer d'autres maladies dans lesquelles l'apparition d'une éruption vient souvent éclairer le médecin.

Ces quelques données étant maintenant posées nous venons apporter quelques observations de rash dans la rougeole.

III

Avant de citer nos observations personnelles, nous reproduirons ici les observations antérieures ; ces dernières sont, en vérité, peu nombreuses, mais c'est à juste titre qu'elles doivent être tout d'abord signalées.

OBSERVATION I

Hénoch. *Maladies de l'enfance*, 1877.

Chez un enfant de 2 ans apparurent soudain, le 1^{er} mai 1877, de la fièvre, de la toux, et une rougeur diffuse sur le visage et la poitrine. T. matin 38,4. T. soir 40.

Le 2 mai cette rougeur a disparu, et on constate une broncho-pneumonie dans le lobe inférieur du poumon gauche, et en plus une forte diarrhée.

Dans la nuit du 3 au 4 mai, apparition de l'exanthème morbilleux.

OBSERVATION II (abrégée)

Talamon, *Médecine Moderne*, 1890. Rash ortié dans la rougeole.

Garçon de 10 ans, entré à l'hôpital le 11 juillet.

11 juillet. — Malaise, inappétence, fièvre. T. 38, 6.

12 juillet. — Rien. T. 38,

13 juillet. — Matin : Langue grisâtre, un peu de douleur à la déglutition. Eternuement. Injection des yeux, pas de larmoiement. T. 38.

Diagnostic posé à ce moment : Rougeole (?).

Soir : De larges plaques rouges, s'accompagnant de démangeaisons, apparaissent sur le tronc et les cuisses. Pas de sommeil. T. 38, 4.

14 juillet. — T. 38, 2. Erythème ortié disséminé sur les membres ; deux plaques symétriques à la face interne des cuisses, larges comme la paume de la main, couleur rouge vif, avec élevures ortiées grandes comme des pièces de 1 franc et 2 francs.

D'autres plaques moins rouges sans urtication à la face externe des cuisses, plaques ortiées sur les bras.

D'après la mère, il y a eu des plaques sur la poitrine et les fesses, mais elles ont disparu.

Du 11 au 14 juillet, l'enfant n'a pris que du lait et du bouillon. Pas d'urticaire antérieurement.

14 juillet. — Soir. Injection conjonctivale, pas de larmoiement. Toux sèche. Petites taches morbilliformes à la face. T. 39, 2.

15 juillet. — Eruption de rougeole ordinaire s'accroissant.

Rien aux bronches. T. 39, 6.

Les plaques érythémateuses disparaissent petit à petit, d'abord à la face externe des cuisses. Il s'en produit de nouvelles aux jambes et aux chevilles.

16 juillet. — Toute éruption a disparu.

Eruption morbillieuse généralisée. T. 39.

17 juillet. — T. 38,

20 juillet. — Guérison, desquamation furfuracée.

OBSERVATION III (M. Surmont).

Garçon de 3 ans et demi, 5 janvier 1891.

Les premiers troubles appréciés des parents s'étaient montrés chez cet enfant le 5 janvier. L'enfant avait été fiévreux, chagrin, toute la journée.

Le mardi 6, au matin apparaît, sur les bras, les jambes et la face, une éruption type d'urticaire. L'enfant avait des démangeaisons intenses.

Les plaques d'urticaire étaient de grande dimension, formées d'une zone périphérique rouge, saillante, parsemée d'élevures blanches ortiées, typiques.

Le mercredi 7, dans l'après-midi, apparaissaient à la face les premiers signes de l'éruption morbillieuse en même temps que disparaissaient les plaques ortiées, qui semblent se retirer devant l'invasion rubéolique, disparaissant d'abord à la face et aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs.

Le jeudi 8, toute trace d'urticaire avait disparu ; la rougeole avait pris sa place. Son évolution ne fut dès lors en rien anormale.

Elle fut même très bénigne.

OBSERVATION IV (M. Renault).

A... L..., âgé de 5 ans.

11 novembre. — A... L..., est pris dans l'après-midi de frisson, fièvre, courbature généralisée. Quelques heures après, il est couvert sur tout le corps, excepté à la face, de plaques d'urticaire typique.

La gorge est un peu rouge ; pas de dyspnée.

Rien dans la poitrine ; rien dans le tube digestif. T. 39,5.

12 novembre. — Eruption entièrement disparue ; l'enfant paraît se bien porter. T. 37,5.

Rougeur de la gorge, coryza.

On garde l'enfant à la chambre ; on le met au régime lacté ; on le purge avec de l'eau de Birmenstorff.

Pas de médicaments auparavant.

13 novembre. — L'enfant n'est pas revu.

14. — *Idem.*

15 novembre. — Matin. Eruption de rougeole avec tous ses signes habituels.

OBSERVATION V (personnelle).

S... Henriette, âgée de 2 ans 1/2.

Entrée le 10 février 1896, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pneumonie il y a 8 mois à l'hôpital Cochin.

Mère bien portante ; a eu dix enfants ; six sont encore vivants.

Antécédents personnels. — L'enfant a été nourrie au sein jusqu'à un an ; elle fut ensuite nourrie avec des bouillies.

A beaucoup souffert au moment de la dentition.

A marché à 14 mois.

Variole à 6 mois. Coqueluche et rougeole (?) l'été dernier : elle est restée très longtemps malade.

Sa mère l'amène à l'hôpital pour :

Pédiculose du cuir chevelu. Impétigo pyodermite. Bronchite.

10 février. — T. s. 38,5. Toux. Eruption rosée sur les jambes avec semis de petits points plus foncés.

11 février. — L'éruption persiste pendant la journée, disparaît le soir. Catarrhe nasal. T. m. 37,8. S. 37,9.

12 février. — Eruption rosée presque uniforme sur les cuisses et le tronc, s'atténuant vers le soir. Catarrhe oculaire. Eternuement. T. m. 37,3. S. 38,4.

13 février. — Eruption de rougeole confluyente. T. 39.

Pendant ce temps l'enfant n'a pris que du lait ; pas de médicaments.

29 février. — Rhinite purulente.

6 mars. — Bronchite généralisée. Pus derrière l'épiglotte. Conjonctivite. Dacryocystite.

15 mars. — Sort guérie.

OBSERVATION VI (personnelle).

M... Georgette, âgée de 8 mois.

Entrée le 16 mars, salle Husson.

Antécédents héréditaires. — Mère bien portante. Elle n'aurait jamais eu aucune éruption cutanée ; elle a deux autres

enfants, l'un de 8 ans, l'autre de 5, tous deux bien portants; elle n'a jamais eu de fausses couches.

Le père bien portant, nie tout accident syphilitique.

Antécédents personnels. — Née avant terme à huit mois. Accouchement normal. Poids de l'enfant 2000 grammes.

Nourrie au sein pendant trois mois. L'enfant s'est bien portée pendant un mois et demi. Puis elle eut une éruption aux fesses et aux mains. Cette éruption a persisté jusqu'à ces derniers jours.

Nourrie au biberon à partir de trois mois, avec du lait de vache bouilli, coupé d'eau; elle prenait un litre de lait par jour et en même temps des bouillies, du tapioca.

L'enfant a de la diarrhée et des vomissements; elle tousse depuis un mois; elle a toujours eu du coryza.

Diagnostic : Gastro-entérite chronique, bronchite.

Erythème des fesses. Coryza. Fissures labiales.

L'enfant ne prend que du lait. Réglage de l'alimentation.

17 avril. — T. m. 37,4. S. 37,6.

18 avril. — T. m. 39,6. S. 40,2.

19 avril. — Eruption rosée répandue sur le tronc et les membres avec semis de petits points ecchymotiques. Catarrhe oculo-nasal, langue saburrale. Angine légère. T. 39,5.

20 avril. — Cette éruption commence à disparaître, diminue d'intensité, de coloration. Quelques taches de rougeole à la face. T. m. 38,6. S. 39,6.

21 avril. — Eruption de rougeole généralisée. T. 40. S. 39,8.

Pas de broncho-pneumonie. Diarrhée rebelle.

Depuis son entrée, l'enfant se cachectise de plus en plus.

22 avril. — Eruption commençant à pâlir. T. 39,3. Soir, mort.

OBSERVATION VII (personnelle).

D... Yvonne, âgée de 2 ans 1/2.

Entrée le 17 février 1896. Salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Nourrie au sein jusqu'à 4 mois ; puis élevée au sein et au biberon jusqu'à 14 mois ; a pris des bouillies à partir de un an.

Ses premières dents ont apparu vers l'âge de 6 mois ; elle a marché à un an.

L'enfant a eu la variole, il y a trois semaines.

La mère l'amène à l'hôpital pour une coqueluche compliquée d'épistaxis à la suite de quintes de toux.

L'enfant est soumise au traitement par le bromoforme. Elle ne prend que du lait.

6 mars. — T. 38,5.

7 mars. — T. m. 38. S. 38,2.

Eruption morbilliforme sur le dos ; mais les taches sont plus petites que celles de la rougeole ; cette éruption disparaît deux fois dans la journée. Larmolement, paupières tuméfiées. Eternuement, langue recouverte d'enduit grisâtre. Toux en dehors des quintes de coqueluche.

8 mars. — T. M. 38,2. Eruption disparue.

S. T. 39. Quelques taches de rougeole à la face.

9 mars. — T. M. 38,5. S. 39.

Eruption de rougeole confluyente, papuleuse. Broncho-pneumonie traitée par les bains sinapisés, des potions à l'acétate d'ammoniaque, des injections de caféine, d'éther, et d'huile camphrée ; guérison au bout de huit jours.

17 mars. — Eruption de rougeole disparue.
On reprend le traitement de la coqueluche.

OBSERVATION VIII (personnelle).

B... Raymond, âgé de 4 ans.

Entré le 17 février 1896. Salle Bouchut.

Antécédents héréditaires. — Père 28 ans. Alcoolique et peut-être tuberculeux ?

Mère bien portante.

A eu trois autres enfants ; le premier mort à 6 ans de pneumonie ; le deuxième mort à 6 mois ; le troisième enfant a sept semaines et se porte bien.

Antécédents personnels. — Enfant né à terme ; nourri au biberon, sevré à 2 ans. L'enfant étant en nourrice, la mère ne peut donner d'autres renseignements.

Pas de rougeole, de scarlatine.

Coqueluche à 2 ans.

D'après la mère, l'enfant a toujours eu un gros ventre, dont il ne s'est jamais plaint.

Hier soir, pour la première fois, l'enfant s'est plaint du ventre ; la mère lui fit de la tisane ; il vomit.

18 février. — On constate de la matité, à la base du poumon gauche, quelques râles fins, un léger souffle. Toux, pas de diarrhée.

19 février. — Eruption de couleur rouge uniforme sur les bras et les jambes. Coryza, larmoiement :

T. M. 37,4. S. 37,4. L'enfant ne prend que du lait, pas de médicaments.

20 février. — Même éruption s'étendant un peu dans le dos.

T. M. 38,5. Dans la poitrine, à droite, quelques râles ronflants. .

S. 37,3. A gauche. Râles crépitants et sous-crépitanrs. Souffle. Broncho-pneumonie. Pus dans le naso-pharynx.

21 février. — L'éruption disparaît.

La broncho-pneumonie évolue vers la guérison; plus de souffle. Quelques râles humides.

T. M. 39. S. 37,2.

22 février. — Quelques taches de rougeole à la face.

T. M. 37,6. S. 38,6.

23 février. — Eruption de rougeole confluyente. T. M. 38,5.

29 février. — Guérison.

16 mars. — Sortie.

OBSERVATION IX (personnelle).

V... Fernande, âgée de 2 ans.

Entrée le 30 mars 1896, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père très sobre. Pas de syphilis, pas de tuberculose. Quelques douleurs névralgiques.

Mère nerveuse. Accidents utérins suivis de curettage. A eu trois enfants, et une fausse couche depuis son dernier enfant, qui est salle Parrot.

Antécédents personnels. — Née à terme. Accouchement normal. Suites de couches normales.

Nourrie au sein, puis au biberon.

Premières dents à 7 mois, marche à 15 mois.

Rien d'anormal, aucune maladie.

La mère l'amène à l'hôpital pour des crises convulsives du côté gauche.

Le 8 avril. — On constate une otorrhée droite.

On agite un moment la question d'une opération; mais les crises paraissant s'atténuer, on rejette cette idée; et, en effet, les attaques deviennent de plus en plus rares et dans les premiers jours de mai, l'otorrhée est tarie, les crises ont disparu.

8 mai. — L'enfant devient triste, a de la fièvre. T. s. 38.

9 mai. — Eruption de miliaire rouge disséminée sur le tronc, les bras et les jambes. T. m. 37,8. S. 39,4.

10 mai. — Même éruption s'étendant jusqu'au cou et au menton. Catarrhe oculo-nasal. T. m. 37,4. S. 38,8.

11 mai. — Même état. T. m. 37,6. S. 38,4.

12 mai. — Enanthème. T. m. 37,6. S. 37,8.

L'éruption miliaire commence à pâlir en même temps qu'apparaissent quelques taches de rougeole à la face.

13 mai. — Eruption de rougeole ordinaire, et en même temps desquamation furfuracée de la miliaire. T. m. 37,6. T. s. 39,5.

14 mai. — Toute éruption miliaire a disparu; l'enfant tousse. T. m. 38,1. T. s. 39,6.

15 mai. — Broncho-pneumonie. T. 38,5. S. 37,7.

25 mai. — Sortie.

OBSERVATION X

Suzanne R..., âgée de 11 mois.

Entrée le 18 mai 1896, salle Parrot.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant.

Mère bien portante, 27 ans. Elle a un petit garçon âgé de 8 ans, qui est bien portant.

Elle a eu ensuite deux fausses couches; la première de six semaines, la deuxième de trois mois.

Elle a accouché ensuite de la petite fille qu'elle amène à l'hôpital.

Antécédents personnels. — Née à terme. Elevée au sein jusqu'à l'âge de 8 mois, puis au biberon avec du lait de vache bouilli non coupé d'eau (2 litres par jour environ). Depuis trois semaines elle est nourrie avec du lait de chèvre bouilli.

Elle a été très constipée pendant tout le temps qu'elle a été nourrie avec du lait de vache. Elle va mieux depuis qu'elle a du lait de chèvre. Première dent à 9 mois. Ne marche pas encore.

Bronchite au mois de janvier dernier.

Depuis une quinzaine de jours, elle a une éruption qui s'accompagne d'un prurit très intense. Elle a des lésions d'inoculation secondaire et quelques petits abcès.

Diagnostic posé à ce moment. Prurigo. Pyodermite consécutive. On vide les abcès, et on l'enduit de vaseline.

5 juin. — L'enfant est abattue, fatiguée, et présente du catarrhe nasal et oculaire, en même temps qu'une éruption de miliaire rouge généralisée, surtout sur le dos et la poitrine. T. m. 37,9. S. 37,5.

6 juin. — Mêmes phénomènes. T. m. 38. S. 37,6.

7 juin. — L'éruption de miliaire pâlit légèrement. T. m. 38,1. S. 38,5. Quelques taches de rougeole à la face.

8 juin. — Eruption de rougeole généralisée, masquant la miliaire.

19. — Morte de broncho-pneumonie.

Ces quelques observations nous montrent donc tout d'abord qu'il existe des éruptions avant l'érup-

tion proprement dite de la rougeole. Nous démontrerons ultérieurement que ces rash tiennent à la rougeole, comme les rash varioliques ressortissent à la variole, les rash varicelleux à la varicelle. Pour le moment, nous ne ferons qu'étudier leurs principaux caractères.

Nous avons remarqué plusieurs variétés d'éruption parmi les cas observés : nous avons eu trois rash scarlatiniformes, trois rash ortiés, un rash morbilliforme ; l'observation de Hénoc nous indique probablement un rash érysipélateux ; enfin nous avons eu deux éruptions de miliaire rouge.

Nous n'ajouterons rien à la description déjà faite de ces différents rash, à l'exception toutefois de la miliaire rouge.

Il y a plusieurs variétés de miliaire ; la miliaire blanche, la miliaire rouge. Dans la miliaire blanche, la peau est intacte de toute lésion inflammatoire, et on ne constate que de très petites vésicules, de la grosseur d'une tête d'épingle, remplies d'un liquide clair comme de l'eau de roche ; dans la miliaire rouge, on retrouve encore ces petites vésicules remplies de liquide, mais entourées d'une auréole rosée congestive, et s'accompagnant de prurit, de démangeaisons ; on peut même observer de la miliaire jaune par suite de la suppuration de la vésicule.

Et voici maintenant pourquoi nous avons cité la miliaire rouge, comme exemple de rash dans la rougeole ; c'est que dans la miliaire rouge, la peau

participe à l'inflammation ; si notre petit malade n'avait eu qu'une fièvre banale, ou bien, si dans son lit, il avait été simplement trop couvert, il est probable qu'il n'aurait eu que des sudamina ; mais pour avoir de la miliaire rouge, quoique la nature de ce symptôme ne soit pas bien élucidée, nous croyons à la présence nécessaire d'un élément infectieux ; cette éruption rentrerait donc dans le cadre des éruptions cutanées d'origine infectieuse et c'est à ce titre que nous avons rapporté ces deux observations.

« Chez les enfants faibles et anémiés, dit Hénoc'h dans son *Traité des Maladies de l'Enfance*, le stade prodromal se prolonge également un peu plus longtemps, la peau ne présente généralement pendant ce stade aucun phénomène morbide ; il est rare d'observer dès ce moment de très petites papules roses, et même exceptionnellement un érythème fugace ».

Nous n'acceptons pas entièrement cette proposition d'Hénoc'h. Sans doute, nous avons bien affaire à des érythèmes fugaces ; car, si nous nous reportons à nos observations, nous voyons que ces érythèmes n'ont pas duré plus de 48 heures au maximum ; parfois, ils ont apparu, et n'ont subsisté que quelques heures ; d'autres fois, ils se sont faits en plusieurs poussées successives, et cela, sans desquamation. Cette rapidité d'évolution de ce phénomène pourrait donc servir de caractéristique aux rash de la rougeole ; car leur du-

rée est généralement plus longue dans la variole ou la varicelle.

Nous ajouterons même, pour ce qui est de nos remarques personnelles, que ces érythèmes apparaissent généralement vers le deuxième stade de la période d'invasion, qu'ils ont presque toujours disparu avant l'éruption morbilleuse, et qu'ils ne semblent influencer en aucune façon le stade d'invasion de la maladie ; les températures que nous avons observées sont sensiblement les mêmes que les températures correspondantes d'une rougeole dépourvue de rash prééruptif. C'est ainsi que dans quelques cas (Obs. II ; VI ; VII ; X) depuis le jour de l'invasion, la température est montée progressivement jusqu'au jour de l'éruption où elle a atteint son fastigium ; quelquefois aussi (Obs. V) la température est tombée après le premier jour, pour reparaître au jour de l'éruption ; et pourtant dans ce cas, nous avons vu évoluer un rash scarlatiniforme.

Enfin l'évolution du rash ne paraît pas affaiblir les enfants qui présentent ce phénomène morbide plus que ceux qui sont indemnes. Nous n'avons pas noté de ces phénomènes généraux graves, qui accompagnent les érythèmes, survenant à la suite de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, parfois même aussi au déclin de la rougeole, la scarlatine ; on peut dire que ce sont des érythèmes bénins.

Mais là où nous rejetons complètement ce que

nous dit Hénoch, c'est quand cet auteur prétend que ces rash sont exceptionnels.

Il est vrai qu'on pourrait nous objecter que nous n'avons qu'un bien petit nombre d'observations pour avoir une opinion absolue ; mais voici comment nous avons recueilli nos observations.

Nous nous sommes absolument borné à ne recueillir que les différents cas de rougeole, dont l'existence a été constatée dans le service de M. le professeur Grancher, soit que les rougeoleux y soient arrivés à la fin de la période d'incubation, et que le diagnostic, n'ayant pas été fait, ils n'aient été dirigés directement dans le pavillon de rougeole ; soit que les petits malades aient contracté la rougeole dans le service ; dans ces conditions, le nombre de malades observés a été naturellement très restreint.

D'un autre côté, nous n'aurions pu en observer davantage ; car les malades arrivent généralement à la période d'éruption ; et cette dernière empêche de constater la présence des rash, s'ils subsistent encore.

Si les malades arrivaient pendant la période d'invasion, les rash auraient été certainement plus fréquemment observés. M. Dieulafoy dit même avoir remarqué des éruptions morbilliformes à la période d'incubation ; du reste, les personnes de l'entourage de l'enfant, comme dans l'observation de M. Talamon, ont pu remarquer ces éruptions fugaces.

Depuis le 1^{er} janvier 1896 jusqu'au 1^{er} juin on a constaté dans le service de M. le professeur Gran-cher dix-neuf cas de rougeole. Or, sur ces 19 cas de rougeole, nous avons remarqué six fois des éruptions cutanées. Evidemment, il ne nous est guère possible avec un aussi petit nombre d'observations d'établir un pourcentage ; il serait fatalement entaché d'erreurs. Nous ne pouvons donc pas avoir une opinion absolue en nous basant sur cette petite statistique ; toutefois, elle peut avoir une valeur relative, et venir en aide à ce que nous soutenons : c'est que ces éruptions sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'a dit jusqu'à présent.

IV

Nous venons d'étudier les principaux caractères de ces éruptions. Il nous reste maintenant à en déterminer la nature.

On peut tout d'abord penser à une intoxication alimentaire ; on sait, en effet, que les poisons gastriques ou intestinaux signalés chez certains malades atteints de gastro-entérite chronique ou de dilatation stomacale (Bouchard), chez des individus atteints d'affections rénales, peuvent provoquer des érythèmes, quand ces poisons ne sont pas éliminés. On sait encore que quelques aliments par leur mode de préparation, la fermentation par exemple, sont remplis de produits toxiques, et produisent des éruptions quand ils sont introduits dans l'organisme. Enfin certains aliments par suite d'une composition intime spéciale, entraînent les mêmes effets, et cela, surtout chez quelques personnes, dont les émonctoires fonctionnent régulièrement, mais qui ont probablement une sensibilité cutanée particulière.

Nous avons eu un malade atteint de gastro-en-

térite chronique ; on pourrait donc penser que la résorption des matières toxiques formées dans son tube digestif ait été la cause des érythèmes qu'il a présentés. Mais chez ce petit malade nous avons assisté à l'évolution d'un rash scarlatiniforme ; or, nous savons que ce sont l'érythème polymorphe, et l'urticaire, qui sont le plus fréquemment observés dans cet ordre d'éruptions. De plus, pourquoi le rash a-t-il coïncidé avec le début de la rougeole ? pourquoi ne l'a-t-on pas observé plus tôt ? Ajoutons, que ce malade n'eût que du lait stérilisé, que son alimentation fut réglée. Chez les autres malades, qui ont présenté également des éruptions, nous avons constaté une intégrité parfaite de tout le tube digestif ; et ils n'eurent que du lait et du bouillon ; l'hypothèse d'une intoxication alimentaire nous paraît devoir être rejetée.

S'agirait-il alors d'une intoxication médicamenteuse ? C'est un fait bien connu, que beaucoup de médicaments entraînent des éruptions polymorphes pour la plupart, mais aussi des éruptions ortiées, scarlatiniformes. Ces éruptions, qui s'accompagnent de prurit, de démangeaisons, disparaissent rapidement. La quinine, l'antipyrine, et d'autres encore que nous avons cités antérieurement, font partie de ce groupe de médicaments ; mais nos malades, à l'exception d'un seul, n'en ont pas pris.

Nous avons observé une éruption morbilliforme chez une petite malade atteinte de coqueluche, et soumise au traitement par le bromoforme. Nous

ne savons pas si le bromoforme peut provoquer des érythèmes, mais par analogie avec les bromures, nous admettons qu'il en provoque, eh bien, même dans ce cas, nous dirons que nous n'avons pas eu une intoxication médicamenteuse. Car, à tous les petits malades atteints de coqueluche et soignés dans le service, il a été donné du bromoforme, et chez aucun il n'a été constaté d'éruptions. Il ne faut donc voir dans ce cas qu'une simple coïncidence, et non une relation de cause à effet.

Nous éliminerons également la possibilité de rougeole anormale ; nous ne connaissons pas de rougeole anormale qui débute par des érythèmes ortiés ou scarlatiniformes. Tout au plus, pourrait-on nous faire cette objection par l'observation VII, mais la rougeole anormale ne suit pas la même évolution que dans notre observation ; l'éruption que nous signalons a été une éruption fugace, tandis que dans la rougeole anormale, l'éruption morbillieuse se fait par poussées successives ; mais aucune de ces poussées ne disparaît ; enfin d'une manière générale, l'exanthème morbillieux évolue rapidement, ce qui n'a pas eu lieu dans notre cas, et rien ne peut faire songer à la similitude de ces deux affections.

Il nous reste encore à étudier si nous n'aurions pas eu une scarlatine et une rougeole évoluant simultanément, ou une urticaire et une rougeole.

Bez, dans sa thèse sur la contemporanéité des fièvres éruptives, en 1877, rapporte quelques ob-

servations de scarlatine et rougeole qui se sont présentées à la fois chez le même sujet.

Il nous dit que les prodromes scarlatineux ont fait défaut chez plusieurs malades, que l'éruption scarlatineuse semble avoir disparu à l'approche de l'éruption morbillieuse. Dans les cas où l'éruption scarlatineuse a été anormalement brève, l'éruption morbillieuse a été la plus hâtive. L'éruption scarlatineuse a débuté quatre fois le troisième jour de la maladie, trois fois le deuxième, et une fois chacun des jours suivants, le premier, le deuxième, le sixième. Elle a exigé tantôt deux jours, tantôt trois jours pour se généraliser. Son aspect n'a rien présenté de particulier. Enfin, le déclin et la disparition en ont été rapides dans les cas où l'éruption de rougeole est apparue le deuxième et le troisième jour de cet exanthème, la scarlatine commençait à pâlir dès le troisième et le quatrième jour, et s'était totalement évanouie le sixième au plus tard.

On reconnaîtra que ces cas, rapportés par Bez, offrent une singulière analogie avec les exemples que nous citons. Nous n'irons pas jusqu'à prétendre que la contemporanéité de la scarlatine et de la rougeole n'existe pas ; mais on constatera, d'après la description précédente, qu'il n'y a pas eu de scarlatine franche ; l'éruption a été très brève, et enfin, les symptômes fonctionnels, l'angine, la fièvre, tous ces signes ont manqué : bref, on croirait plutôt avoir affaire à un rash scarlatiniforme, qu'à un exanthème scarlatineux.

« J'avoue, disait Trousseau, à sa clinique en 1860, à propos de la simultanéité de la scarlatine, du purpura, de la rougeole avec la variole, que je ne comprends pas, comment des hommes graves, des médecins d'hôpital peuvent tous les jours dire et imprimer que dans ces cas la variole a été compliquée de scarlatine. Erreur déplorable de l'école anatomique, qui ne jugeant une maladie que par une de ses manifestations extérieures, ne tient pas compte des éléments qui la constituent, éléments dont le faisceau représente l'unité morbide telle qu'on doit la concevoir. Ici, il n'y a pas plus de scarlatine, qu'il n'y a de dothiéntérie, lorsque dans le cours d'une pneumonie, d'une variole ou d'une scarlatine, on observe des symptômes typhoïdes. »

Cette opinion de Trousseau, si on retranche ce qu'elle a d'absolu, restera longtemps vraie; et Bez n'est pas arrivé à la détruire. Les rash varioliques ont subsisté.

Et peut-être pourrait-on appliquer exactement les paroles du Maître, à propos de la simultanéité, de la scarlatine et de la rougeole, pour les cas, du moins, que nous venons d'emprunter à la thèse de Bez.

Que l'on admette à la rigueur une éruption scarlatineuse, précédant la rougeole; comment expliquera-t-on les érythèmes ortiés, morbilliformes, purpuriques? Faudra-t-il admettre, comme le prétendait Almeras, à propos des rash de la

variole, que ce sont des entités morbides distinctes? Nous croyons que toutes ces opinions ont vécu, et qu'il est plus rationnel de rechercher la cause de ces rash d'une façon plus scientifique.

Il est admis jusqu'à présent, mais rien ne le prouve, pas même l'inoculation, que les rash de la variole tiennent à cette maladie même; on pourrait en dire autant des rash de la rougeole; pourtant, on ne voit pas bien pourquoi ils manquent dans de nombreux cas. Si on connaissait le microbe de la rougeole, on en aurait rapidement la preuve dans l'inoculation. Encore a-t-on inoculé du sang venant de taches morbillieuses, et l'on n'a pas eu d'érythèmes.

Mais, si l'on n'a pas encore isolé le microbe de la rougeole, on a bien rencontré d'autres microorganismes connus dans les exsudats muqueux des rougeoleux.

C'est ainsi qu'on a trouvé des pneumocoques et des streptocoques pyogènes (Boulloche et Méry).

M. Barbier a également trouvé le streptocoque, le pneumocoque, un coccus jaune, des staphylocoques blancs et dorés, un bacille ressemblant au bacille de la diphtérie; le streptocoque a été le plus fréquemment observé.

Ces différents microbes, qui ont une action bien connue au point de vue des complications, ne pourraient-ils pas être la cause des rash que nous venons de signaler?

Si nous nous reportons à des travaux récents (Hutinel et Martin de Gimard, Hutinel), nous y voyons qu'on a constaté des érythèmes de toutes sortes à la suite de la fièvre typhoïde; de la diphtérie, de la scarlatine, de la rougeole, des angines, et que dans tous ces cas, on a constaté des streptocoques, des staphylocoques, des pneumocoques, en même temps que des fissures sur les lèvres, des aphtes sur la langue, des ulcérations buccales pharyngées; et que c'est à ce niveau qu'on a remarqué ces micro-organismes, et en particulier les streptocoques.

« Ne nous est-il pas permis, dit Mussy, dans sa thèse sur les *Eruptions au cours des infections à streptocoques*, 1891, de conclure que les streptocoques ont joué un rôle important, puisque d'une part, nous voyons l'érythème se montrer dans des angines diphtéroïdes où l'on ne trouve que ces micro-organismes à l'exclusion du bacille de Klebs, et que, d'autre part, nous ne le rencontrons dans des angines vraiment diphtériques, qu'au moment où les streptocoques viennent s'ajouter au bacille diphtérique ou le remplacer complètement. »

Eh bien, ne pourrions-nous pas adopter la même théorie pour expliquer les rash que nous avons observés? On a bien constaté, en effet, la présence des streptocoques dans les exsudats muqueux des rougeoleux; et l'inflammation de ces muqueuses doit singulièrement favoriser la pénétration de ces microbes dans l'organisme.

De plus, ces auteurs ont observé des éruptions tout à fait semblables aux nôtres, au point de vue morphologique. Ils en ont vu de bénignes au début de la maladie ; de malignes, à la fin, peut-être parce que l'organisme est déjà trop débilité par la maladie primitive. Or, les érythèmes que nous signalons ne se sont pas accompagnés de symptômes généraux graves, ce qui est en rapport avec les observations des auteurs que nous citons. Nous ajouterons encore que ces érythèmes ont été souvent observés en même temps que des broncho-pneumonies, et que dans nos cas, il y a souvent eu broncho-pneumonie consécutive.

Aussi, dès maintenant, nous croyons-nous autorisés à conclure que les rash de la rougeole sont très probablement dus à une infection streptococcique, dont la porte d'entrée serait au niveau des muqueuses atteintes par le catarrhe morbilleux.

V

L'existence des rash morbillieux étant dès maintenant établie, il ne nous reste plus qu'à voir comment nous devons les envisager au point de vue du diagnostic de la rougeole, du pronostic et du traitement.

Dans les maladies où il existe des rash, on sait que leur apparition facilite singulièrement le diagnostic ; c'est ainsi que, comme nous le disions au commencement de notre sujet, l'apparition d'un rash variolique vient dissiper les doutes du médecin qui hésite entre une variole et une pneumonie franche aiguë, maladies dont les symptômes du début sont identiques.

Peut-on accorder une pareille importance aux rash de la rougeole ? Nous le pensons, et allons essayer de le démontrer.

On sait que le diagnostic de la rougeole peut se faire à la période d'invasion, et à la période d'éruption. A la période d'éruption, la rougeole est généralement reconnue, quoiqu'on puisse parfois

rencontrer quelque difficulté ; du reste, le rash ayant disparu à ce moment n'aurait aucune valeur ; mais à la période d'invasion, il est souvent bien difficile de diagnostiquer la rougeole ; car, d'autres maladies, comme le rhume simple, la grippe, la laryngite striduleuse, la fièvre typhoïde, la scarlatine, présentent à peu près les mêmes symptômes du début, et si jusqu'à présent, il a fallu attendre la période d'éruption pour faire le diagnostic, peut-être aujourd'hui que nous connaissons les rash, ferons-nous ce diagnostic plus rapidement, et gagnerons-nous du temps pour soigner les malades et prévenir la contagion.

Et d'abord le rhume. Voilà une maladie, qui se manifeste par du catarrhe oculaire, nasal, pharyngé, laryngé ; de la toux, une fièvre légère, de l'inappétence ; il est vrai que ces différents symptômes sont, en général, plus atténués dans cette affection que dans la rougeole ; mais cela existe aussi parfois dans cette dernière maladie : quelques-unes de nos observations le prouvent suffisamment. Or, si l'on voit apparaître un rash, on peut affirmer que ce n'est pas un catarrhe simple, et que toute autre cause d'érythème exceptée, il y a probablement une rougeole en invasion.

Il en est de même pour la grippe : Grippe et rougeole, en effet, se caractérisent par les mêmes catarrhes ; cependant, on objecte que les phénomènes généraux, fièvre, courbature, céphalalgie, inappétence, sont plus marqués dans la grippe ;

mais ce n'est pas toujours une raison suffisante pour exclure la rougeole, surtout s'il existe une épidémie grave, et il n'y a guère que l'apparition d'un rash qui puisse faire poser le diagnostic avant la période d'éruption.

Ce sont encore les symptômes communs à la rougeole, et à la laryngite striduleuse, qui pourront rendre le médecin hésitant dans son diagnostic. Outre les catarrhes, la toux rauque, comparée à l'abolement du chien, les crises de dyspnée peuvent exister aussi dans la rougeole, si l'intensité des catarrhes laryngo-bronchiques et pulmonaire, est excessive ; et alors, si le rash fait défaut, il faut donc attendre la période d'éruption pour expliquer les phénomènes observés.

A l'exemple de M. Barbier, nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire de faire le diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde : car les symptômes du début n'offrent qu'une bien petite analogie.

Cet exposé rapide du diagnostic de la rougeole avec les affections précédentes nous montre donc que le rash, lorsqu'il apparaît, peut avoir une certaine valeur, et que, dans les cas difficiles, il faudra toujours chercher à constater sa présence.

Mais si l'apparition du rash aide le médecin à diagnostiquer la rougeole d'avec les affections précédentes, ne peut-elle pas être une cause d'erreur vis-à-vis des fièvres éruptives, qui s'accompagnent également d'érythème précocé ? L'apparition d'un rash scarlatiniforme, je suppose, ne vient-elle pas

encore compliquer la symptomatologie, et rendre difficile le diagnostic entre la rougeole et la scarlatine ? Nous ne le pensons pas. Le rash morbillieux n'apparaît guère que vers le deuxième ou le troisième jour de la période d'invasion, il est de courte durée ; il est limité, dans la scarlatine l'éruption généralisée apparaît trente six heures au maximum après le début de l'invasion ; dès le début de la scarlatine, le malade présente l'angine caractéristique de cette affection ; il n'y a rien de semblable dans la rougeole ; enfin, la scarlatine ne présente pas le catarrhe oculaire, nasal, pharyngé, que accompagne l'évolution du rash morbillieux ; de sorte que, le rash, loin de compliquer la symptomatologie n'est qu'un élément de diagnostic surajouté.

On ne confondra pas non plus les rash varioliques et les rash morbillieux ; les rash morbillieux, de plus courte durée que les premiers, ne s'accompagnent pas d'une fièvre intense, de vomissements, de céphalalgie, de rachialgie, symptômes de variole ; ils s'accompagnent de catarrhe oculo-nasal, et c'est là le point que nous voulons mettre en relief : rash et catarrhe doivent faire immédiatement songer à la rougeole.

La même objection qu'on pourrait faire à propos de la confusion des rash morbillieux et varicelleux tombe également d'elle-même ; les rash varicelleux de plus longue durée et presque apyrétiques ne s'accompagnent pas de catarrhe ; or, on repous-

sera toujours l'idée de rougeole en présence d'un rash, s'il y a absence de catarrhe oculo-nasal.

Nous ne pensons donc pas que les rash puissent être une source d'erreurs, dans les cas que nous venons d'examiner; mais qu'au contraire, combinés à d'autres symptômes, ils puissent éclairer le médecin.

Et ce n'est pas seulement pour sa satisfaction personnelle que le médecin doit faire le plus rapidement possible le diagnostic de la rougeole, c'est bien plus au point de vue du malade et de son entourage. Si par l'apparition du rash, il est possible de gagner deux ou trois jours, cela ne doit pas être négligé; car, dès ce moment, on instituera le traitement de la maladie, qui doit être un traitement antiseptique de toutes les régions où se manifeste l'infection; on instituera un traitement prophylactique en isolant le malade pour empêcher la contagion. Le petit malade, que l'on soigne pour un rhume simple, et cela quand on se trouve en présence d'une rougeole, aura le temps, pendant les quatre jours de la période d'invasion, de communiquer sa maladie à l'entourage susceptible d'infection; mais si, grâce à l'apparition d'un rash, il est isolé dès le second jour, les chances de contagion seront au moins diminuées dans une certaine mesure.

Au point de vue du pronostic, il nous est difficile d'exprimer une opinion absolue, vu le petit nombre de cas observés; néanmoins nous ne pen-

sons pas que le rash influe beaucoup sur la marche de la maladie ; et pourtant s'il était bien prouvé que les rash tiennent à une infection streptococcique, on pourrait dire que l'apparition de l'érythème peut faire craindre une broncho-pneumonie ou une infection intestinale ; mais dans les différents cas observés, nos petits malades n'ont pas tous eu des broncho-pneumonies ; d'ailleurs bien des broncho-pneumonies font suite à la rougeole sans avoir été annoncées par un rash. Somme toute, il n'y a aucune déduction à tirer de la présence du rash au point de vue du pronostic.

Nous n'en dirons pas autant au sujet du traitement ; ce n'est pas que nous voulions modifier le traitement actuellement en faveur dans la clientèle hospitalière ; nous voulons seulement le faire instituer dès l'apparition du rash.

La rougeole est une maladie cyclique pour ainsi dire, qui guérit avec quelques soins hygiéniques ; mais elle est redoutable par ses complications, dont l'origine est l'infection naso-buccale. La broncho-pneumonie, l'otite moyenne, la diarrhée, ne sont dues qu'à des infections, qui ont pour origine la propagation du pus dans les bronches, l'oreille moyenne, l'intestin. Or, ils sont nombreux les enfants qui meurent d'infections pulmonaires ou intestinales. Aussi, si dès le début de la maladie, on arrivait à débarrasser les muqueuses du pus dans lequel elles baignent,

verrions-nous peut-être les complications sinon disparaître, tout au moins diminuer de fréquence.

C'est pour cela que nous conseillerons de faire les lavages du nez et de la bouche, aussitôt que nous verrons apparaître les rash ; c'est par là, pensons-nous, qu'on fera disparaître, ou plutôt que l'on diminuera les chances d'infection.

La question du sérum antistreptococcique est encore trop récente, et la streptococcie provoquant le rash encore trop incertaine, pour que nous émettions une idée au sujet de ce mode de traitement.

CONCLUSIONS

1° Il existe des rash prééruptifs dans la rougeole comme dans la variole, la varicelle, la vaccine ;

2° Ces rash sont probablement dus à une infection secondaire, peut-être streptococcique ;

3. Ils sont importants à rechercher pour plusieurs raisons : c .

a) Ils peuvent faciliter le diagnostic de la rougeole ;

b) Leur constatation rendra la prophylaxie de la rougeole plus rigoureuse, le traitement des complications plus efficace ;

4° Ils sont généralement bénins.

Vu par le président de la thèse,
GRANCHER.

Vu : le doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- SANNÉ. — Article rougeole du Dictionnaire Encyclopédique.
- D'ESPINE. — Article rougeole du Dictionnaire de médecine et chirurgie pratique.
- HÉNOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.
- CADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance. T. II.
- D'ESPINE et PICOT. — Manuel des maladies de l'enfance.
- BARTHEZ et SANNÉ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants.
- TALAMON. — Rash. Médecine moderne, 1890.
- SURMONT. — Rash. Société de médecine du Nord, 1891.
- BEZ. — Contemporanéité des fièvres éruptives. Thèse de Docteur, 1877.
- MOREL-LAVALLÉE. — Revue générale sur les roséoles. Gazette des hôpitaux, 1887.
- HUTINEL et MARTIN DE GIMARD. — Erythème rubéolique dans la fièvre typhoïde. Médecine moderne, 1891.
- HUTINEL. — Sur quelques érythèmes infectieux. Archives générales de médecine, 1892.
- LEGROUX. — Rash. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- BARBIER. — La rougeole. Bibliothèque Charcot-Debove.

MUSSY. — Eruptions au cours des infections à streptocoques.

Thèse de Doctorat, 1891.

GRANCHER. — Bulletin médical, 1891.

ALMÉRAS. — Les rash ou exanthèmes scarlatiniformes confon-
dus avec la scarlatine. Thèse de Doctorat, 1862.

GERHARDT. — Maladie des enfants.

BAGINSKY. — Traité des maladies des enfants.

